Licensing Information for SACC Center Records SACC 센터 기록용 라이센스 정보

Virginia State Licensing standards require SACC to obtain the following information for each child enrolled.

버지니아주 라이센싱 표준에서는 SACC 가 각 등록 자녀에 대해 다음 정보를 받도록 규정하고 있습니다.

Child/아동

	•	JIIIU/VI o		
Child's full name: 아동의 성명(전체 이름):		Nickname: 별명/애칭:	Birth date: 생년월일:	
Current grade: 현재 학년:	Sex: 성별:	Primary language spo 가정내 사용 언어:	ken in home:	
Address: 주소:			Home phone: 집 전화:	
Other schools and programs ch 현재 다니고 있는 다른 학교				None: 없음:()
Previous child care programs a 이전에 다닌 아동 보육 프로	`		nly):	
Prescriptions and ongoing med accommodations needed: 처방약 및 지속 복용 약, 만성	, ,		s, developmental information and 특별 편의 사항:	special
				None: 없음:()
Allergies or intolerance to: foo 알레르기 또는 과민성: 식품,			ns to be taken in an emergency: 포함:	
				None: 없음:()
Child's physician: 아동 담당 의사:			Phone: 전화:	

Parents/Guardian 부모/보호자

*Please note: Teachers must release children to parents unless appropriate legal paperwork is provided to SACC.
*참조: 교사는 SACC 에 적절한 법적 서류가 제공된 경우를 제외하고 반드시 아동을 해당 부모에게 보내야 합니다

*삼소: 교사는 SACC 에 직실한 법적 서뉴가	제공된 경우를 제되야_	교 신드시 여왕들 예정 구조에게 오네야 합니다.
Custodial mother's full name*:		Employer:
양육권을 가진 어머니의 성명(전체 이름)	고용주:	
	_ , ,	
Warlanhana	Wards and I.	E:1.
Work phone:	Work cell:	Email:
근무지 전화번호:	업무 휴대전화:	이메일:
Custodial mother's address (if different from	n child's):	
양육권을 가진 어머니의 주소(아동의 주:	소와 다른 경우):	Home Phone:
`	,	집 전화:
		Cell Phone:
		휴대전화:
		म्पाट्य.
Custodial father's full name*:		Employer:
양육권을 가진 아버지의 성명(전체 이름)	*	고용주:
공작권을 가진 아버지의 영경(전제 이름)	, •	立 6十.
Work phone:	Work cell:	Email:
근무지 전화번호:	업무 휴대전화:	이메일:
Custodial father's address (if different from	child's):	
양육권을 가진 아버지의 주소(아동의 주:		Home Phone:
8 1 C 2 7 C 0 D N A 1 T (0 8 A 1 -	тя чс от <i>)</i> .	집 전화:
		Cell Phone:
		휴대전화:
		ㅠ네근되.
Other guardian or attending agency*:		Employer:
기타 보호자 또는 담당 에이전시*:		고용주:
Work phone:	Work cell:	Email:
근무지 전화번호:	업무 휴대전화:	이메일:
		어메곤.
Other guardian or attending agency's address		Home Phone:
기타 보호자 또는 담당 에이전시의 주소:		집 전화:
		ㅂ 단최.
		C-II NI
		Cell Phone:
		휴대전화:

Emergency Contacts and Authorized Pick Up Persons 응급 연락처 및 허가 받은 픽업 지정자

* Required Information/필수 기재 사항:

*Names, addresses and phone numbers of two people to contact for pick up or in case of an emergency if parents cannot be reached: *픽업을 위해서나 부모님이 연락이 되지 않을 때 비상 시에 연락할 두 사람의 이름, 주소 및 전화번호:						
1	Name 0/름				Phone <i>전화</i> :	•work 근무지
	Number and Street <i>상세 주소</i>	City <i>도시</i>	Zip 우편번호	2		• home 집 • cell 휴대전화
2	Name 0/름					
	Number and Street 상세 주소	City <i>도시</i>	Zip 우편번호		Phone 전화:	• work 근무지 • home 집 • cell 휴대전화
Ad	ditional persons authorize	d to pick up	child: 0/a	동을 픽업하도	록 허가 받은 그 외	사람:
	Name 0/言		<u>Home # </u> <u> </u>	<i>및 전화</i>	<u>Cell # 휴대전화</u>	<u>Work # 근무지 전화</u>
1.						
2.						
3.						
4.						

Agreement/Signature 동의서/서명

Please indicate yes or no. 예 또는 아니요로 나타내 주십시오.

Yes 예	FCPS or public transportation. 자녀가 현장 학습에 가는 것	ld to take field trips: including walking, biking. I understand I will be notified of dates, desti 건을 허가합니다. 현장 학습을 위해서는 걸 함하야 하는 경우도 있습니다. 본인은 현장 회 다.	nations and times of trips. 본인은 본인의 본기, 자전거 타기, 수영을 하거나 FCPS	No 아니요
Yes वो	representatives, or the media, broadcast media. My child's n duplicated, or distributed for it County government without Act.SACC 프로그램 활동에 용도, 인터넷 또는 방송대 허가합니다. 본인 아이의 이또는 정보 참조용이나 홍보	child to be photographed, videotaped or while participating in SACC program activition ame/photos/videos/quotes may be used in who informational or promotional purposes. County compensation to me, and may be subject 참여하면서 본인은 페어펙스 카운티 정부 시체에서 사용할 목적으로 아이의 사진 부름/사진/비디오/인용은 전체로서 또는 부름 목적을 위해 배포될 수 있습니다. 카운티 시주어지지 않으며 버지니아정보자유법의	ies, for use in print, electronic, Internet or ple or in part, and may be edited, produced, y photos/videos are the property of Fairfax to the Virginia Freedom of Information 담당자나 미디어에서 인쇄 용도, 전자적 촬영, 비디오 촬영이나 인용 행위를 분적으로서 사용될 수 있고, 편집, 복제사진/비디오는 페어펙스 카운티 정부의	No 아니요
Yes 예	help provide services to him of medical records, emergency permission for the SACC staff SACC 담당 직원 및 본인 자본인 자녀에 대한 정보를 교의료 기록, 응급 처치 정보 및	taff and staff at my child's school to exchange or her. This includes exchanging copies of any care information or academic records. In a f to exchange information about my child as in 보고 보고 하는 것을 하는 것을 하는 것을 하는 것을 하는 것을 하는 것을 가합니다. 여기에는 본인 또는 학업 성적 기록 등) 사본을 교환하는 것을 안래 열거된 사람들과 본인의 자녀에 관	records relating to my child; for example, addition to the school staff, I also give needed with the following people: 본인은 베 서비스를 제공하기 위해 필요한 경우 자녀와 관련한 일체의 기록(예를 들어, 먼도 포함됩니다. 본인은 학교 직원 외에,	No 아니요
	Name 이름	<u>Relationship 관계</u>	<u>Contact # 전화번호</u>	
	1.			
	2.			
	3.			
re		aff to obtain emergency medical care for my cl 급 상황이 발생했는데 본인이 즉시 연락되지 것을 허가합니다.		
no	otify me if my child becomes ill.	nave my child picked up as soon as possible wl . 본인은 본인의 자녀가 아프다는 사실을 통 합니다. SACC 는 본인의 자녀가 아플 경우 본	통보 받는 경우 가능하면 빨리 본인의 자년	
ha w	as developed any reportable com rhich must be reported immediat 당의에 따른 일체의 전염성 질환	n 24 hours or the next business day after my ch nmunicable disease, as defined by the State Bo ely. 본인은 본인의 자녀 또는 가족 구성원(환에 감염된 경우, 24 시간 이내 또는 다음 일 되는 질병은 예외로, 이는 즉시 통보해야 합	oard of Health, except for life threatening dis 이 주정부 보건 위원회(State Board of Hea 명업일에 센터에 이 사실을 통보하는 데	seases
of ang cumu 인정	y changes in information as sooi dative school file. 본인은 본 양 합니다. 본인은 본 내용에 일,	ge that the information I have provided is comp n as possible. I understand that a copy of this a ^t 식 내용을 읽었으며, 본인이 본 양식에 적은 체의 변경 사항이 발생하는 경우 가능한한]의 누적 학교 파일에 보관될 수 있음을 이	agreement may be placed in my child's 은 내용이 완전하고 정확하다는 사실을 빨리 SACC 센터에 그 사실을 통보할 것일	
_	ature of Parent or Guardian'''''''' 또는 보호자의 서명 —		"""""Date <i>旨刑</i>	

Center use only: 센터 작성용:

Date child left care:

아동의 센터 등교 종료일

Date child entered care:

아동의 센터 등교 개시일

Page 5 of 5 Rev. 07/11 Lic Info

SACC Program Eligibility Verification and Cancellation Agreement

SACC 프로그램 자격 요건 충족 확인 및 취소 동의서

I understand that all adults living in my child's home must meet one of the following criteria: work 30 or more hours a week; attend school full time (12 semester hours); attend a job training program 30 or more hours a week; be disabled; any combination equivalent to the above. 본인은 본인 자녀의 가정에 살고 있는 모든 성인이 아래 기준 중 하나를 반드시 충족해야 한다는 사실을 이해합니다. 주당 30시간 이상 근로, 정식(풀 타임) 등교(12 학기 시간), 주당 30시간 이상 취업 연수 프로그램에 참여, 위에 상응하는 기준 1가지 이상.

I certify that all adults in the household meet the eligibility requirements above. I understand that all adults in the household may be required to supply evidence of eligibility at any time, and that giving wrong or false information may result in loss of SACC services. I will notify SACC within 10 days if any information changes. 본인은 본인 가정 내 모든 성인들이 상기 자격 요건을 충족한다는 사실을 증명합니다. 본인은 본인 가정 내 모든 성인들이 아무 때나 자격 요건 충족을 증명하는 증빙을 제출하도록 요구받을 수 있으며, 잘못되거나 틀린 정보를 제공할 경우 SACC 서비스 혜택을 상실할 수 있다는 사실을 이해합니다. 본인은 일체의 정보에 변경 사항이 발생할 경우 10 일 이내에 SACC 에 이를 통보할 것입니다.

I also agree to the following terms of service: I must notify SACC at least two weeks in advance of cancelling service; I am responsible for payment for services not cancelled in advance; no refunds or credits will be issued for services not cancelled in advance, regardless of minimal or non-attendance by my child; enrollments cancelled on or before the 15th of the month will be billed for a half-month of service and enrollments cancelled after the 15th of the month will be billed for a full month of service; enrollment or wait-list cancellations will also cancel the same enrollment or wait-list for next year; SACC reserves the right to cancel services due to repeated late payments or nonpayment. 또한 본인은 다음과 같은 서비스 이용 규정에 동의합니다. 본인은 서비스를 취소하기 않은 서비스에 대해서는 수수료 지불 책임을 집니다. 사전에 미리 취소하지 않은 서비스에 대해서는 본인의 자녀가 거의 또는 전혀 출석하지 않았는지 여부와 무관하게 환불하거나 크레딧을 지급하지 않습니다. 매달 15 일 또는 그 이전에 등록을 취소하는 경우 반달치에 해당하는 서비스에 대해 대금이 청구될 것이며, 매달 15 일 이후에 등록을 취소하는 경우 전달치에 해당하는 서비스에 대해 대금이 청구될 것이며, 매달 15 일 이후에 등록을 취소하는 경우 전달치에 해당하는 서비스에 대해 대금이 청구될 것이다. 등록 또는 대기자 명단을 취소할 경우, 다음 해에 대한 같은 등록 또는 대기자 명단도 취소됩니다. SACC 는 대금 납부가 반복적으로 지연되거나 대금 납부가 이루어지지 않는 경우 서비스를 취소할 권리를 보유합니다.

Parent/Guardian Signature _	 Date <i>날째</i>	
부모/보호자 서명		

Questions? Call SACC at 703-449-8989; TTY 711. Visit SACC online at www.fairfaxcounty.gov/ofc. 궁금하신 점이 있으세요? 703-449-8989 번 또는 TTY 711 번으로 SACC 에 문의하시거나 SACC 인터넷 홈페이지 www.fairfaxcounty.gov/ofc 를 참조하세요.







